



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

DAYANE DA SILVA OLIVEIRA

**CONHECIMENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE
CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA-SE.**

**Lagarto – SE
2018**

DAYANE DA SILVA OLIVEIRA

CONHECIMENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA-SE.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientador (a): Prof. Dr^a. Adriana Barbosa de Lima Fonseca.

**Lagarto – SE
2018**

DAYANE DA SILVA OLIVEIRA

CONHECIMENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA-SE.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientador (a): Prof. Dr^a. Adriana Barbosa de Lima Fonseca.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador (a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

RESUMO

Alimentação complementar é definida como quaisquer alimentos nutritivos sólidos ou líquidos, oferecidos à criança, em adição ao leite materno a partir dos seis meses. A introdução alimentar sofre influências diversas, entre as quais se destacam os cuidados maternos, os quais podem ser influenciados por vários fatores. O objetivo deste estudo foi avaliar os conhecimentos maternos sobre alimentação complementar em crianças de 0 a 2 anos no município de Itabaiana-SE analisando os fatores e as dificuldades maternas no manejo com a alimentação complementar. Estudo transversal, com amostra de conveniência, através da aplicação de um questionário com perguntas sobre práticas alimentares em crianças de 0 a 2 anos. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absoluta e relativa e, para as análises de associação, foram usados os testes de *qui-quadrado* e Exato de Fisher. Todas as análises foram realizadas por meio do SPSS 22.0. A idade da mãe influenciou na introdução alimentar precoce ($p=0,049$), que foi observada em 70,6% das crianças analisadas. O consumo de alimentos não saudáveis foi maior quanto menor a renda per capita ($p<0,001$) e a escolaridade materna ($p=0,002$). Além disso, diante das respostas, foi evidenciado que mais de 50% desconheciam a forma correta de preparo e administração do alimento. Por conseguinte, devido à existência de diversas práticas alimentares inadequadas acerca da alimentação complementar, além de vários conceitos equivocados que podem influenciar nas decisões maternas, torna-se premente a necessidade da realização de ações de promoção de práticas alimentares saudáveis nos primeiros anos de vida na comunidade em questão.

Palavras-chave: Alimentação complementar. Nutrição infantil. Conhecimentos maternos.

ABSTRACT

Complementary feeding is defined as any nutritional solid or liquid foods offered to the child, in addition to breast milk from six months onwards. The food introduction is influenced by several factors, among which maternal care, which can be influenced by several factors. The objective of this study was to evaluate the maternal knowledge about complementary feeding in children aged 0 to 2 years in the city of Itabaiana-SE, analyzing the factors and maternal difficulties in the management with complementary feeding. A cross-sectional study with a convenience sample, through the application of a questionnaire with questions about feeding practices in children from 0 to 2 years old. The categorical variables were presented by means of absolute and relative frequencies and, for association analysis, chi-square and Fisher's exact tests were used. All analyzes were performed using SPSS 22.0. The mother's age influenced the early feeding ($p = 0.049$), which was observed in 70.6% of the children analyzed. The consumption of unhealthy foods was higher with lower per capita income ($p < 0.001$) and maternal schooling ($p = 0.002$). In addition, in response to the answers, it was evidenced that more than 50% were unaware of the correct preparation and administration of the food. Therefore, due to the existence of several inadequate dietary practices regarding complementary feeding, in addition to several misconceptions that may influence the maternal decisions, it becomes necessary to carry out actions to promote healthy eating practices in the first years of life in the community in question.

Keywords: Complementary feeding. Child nutrition. Maternal knowledge.

SUMÁRIO

	Pág.
1 REVISÃO DA LITERATURA	07
2 ARTIGO	14
3 REFERÊNCIAS	29
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	31
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	41
ANEXO C –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	45
ANEXO D –QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES EM CRIANÇAS MENORES DE 02 ANOS.....	47

1 REVISÃO DA LITERATURA

Nos primeiros dois anos de vida, há uma aceleração no crescimento seguido por um desenvolvimento de habilidades da criança para receber, mastigar, digerir e controlar o processo de ingestão da comida. As deficiências nutricionais decorrentes dos hábitos alimentares inadequados podem causar danos imediatos que aumentam as taxas de morbimortalidade infantil e podem resultar em complicações como atraso de crescimento e atrasos escolares. A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso além de um risco aumentado para o desenvolvimento de doenças crônicas da idade adulta. Por esta razão, questões nutricionais e alimentação merecem atenção especial neste período de vida ¹.

Alimentação infantil é definida como todo processo alimentar, comportamental e fisiológico que envolve a ingestão de alimentos pela criança ². A alimentação infantil, por sua vez, deve ser estudada em sua totalidade, o que significa investigar não somente o registro de frequência e quantidade dos alimentos consumidos, mas os fatores decisórios para escolha do alimento, as formas de preparar e oferecê-lo, contemplando os aspectos socioculturais envolvidos no fenômeno da alimentação ³.

A introdução alimentar sofre influência de diversos fatores, entre os quais se destaca a interação materna, pois constitui elemento chave nos cuidados com a criança. Os cuidados maternos são de suma importância para a saúde da criança e podem ser influenciados pela qualidade das informações em saúde, escolaridade e idade da mãe, o aprendizado e as experiências maternas, além do tempo disponível para os cuidados com o filho ⁴.

Segundo Rotemberg e De Vargas (2004), a nutrição e as práticas alimentares são, além de atos biológicos, práticas sociais, não podendo ser abordadas por uma única perspectiva disciplinar. Ainda, segundo os mesmos autores, as práticas alimentares são oriundas de conhecimentos, vivências e experiências, construídas a partir das condições socioculturais e do saber científico de cada época. Entre esses diversos fatores que influenciam as práticas alimentares, destacam-se o vínculo e relação com a mãe, visto que esta constitui o elemento fundamental nos cuidados com a criança ⁵.

A qualidade nutricional, quantidade de alimentos, o tempo e o intervalo entre as refeições, isto é, as regras culturais e normas da alimentação, são estabelecidas pelo grupo social. Durante a infância é habitualmente na família que recai essa grande responsabilidade, tendo os fatores culturais, econômicos e psicossociais da família, um grande impacto nas experiências alimentares da criança por meio do processo de aprendizagem desde o momento do nascimento ⁶.

O contexto social exerce papel preponderante, sobretudo nas estratégias que os pais utilizam para alimentar a criança ou para estimulá-la a comer alimentos específicos. O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares podem ter grande influência na alimentação, nas preferências alimentares, e afetar o equilíbrio nutricional da alimentação pela disponibilidade e composição dos alimentos. Assim, a família tem papel decisivo no aprendizado de hábitos socialmente aceitos, na formação de novos hábitos, no autocontrole da ingestão alimentar e na formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não ².

A OMS recomenda às mães/cuidadores a prática de alimentação responsável, que usa os princípios de cuidados psicossociais. A prática inclui o respeito ao mecanismo fisiológico de autorregulação do apetite da criança. Recomenda-se alimentar a criança, lenta e pacientemente, até que se sacie, jamais forçando-a a comer. Em casos de recusa, pode-se experimentar diferentes combinações, sabores, texturas e métodos de encorajamento não coercivos, desde que não distraiam a criança da refeição, que deve ser um momento de aprendizado que inclui atenção, conversa e contato visual entre a mãe/cuidador e a criança ².

O leite materno é, inquestionavelmente, o melhor alimento nos primeiros meses de vida e seus principais benefícios incluem: proteção das vias respiratórias e do trato gastrointestinal contra doenças infecciosas, ganho de peso adequado, é livre de contaminação, promove proteção imunológica, é adaptado ao metabolismo da criança, além de estimular o vínculo afetivo entre mãe e filho. A prática de aleitamento materno poderia prevenir 13% das mortes de crianças menores de cinco anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno até dois anos ou mais ⁷.

A introdução de leite de vaca integral antes dos 12 meses é contraindicada, já que está bem estabelecido que o consumo precoce e/ou excessivo de leite de vaca pode estar

relacionado à ocorrência de anemia ferropriva, alergia alimentar e obesidade; apesar disso, o leite de vaca é um dos alimentos consumidos mais frequentemente por crianças brasileiras. As fórmulas infantis, apesar de ter proteínas intactas, são a primeira escolha de alimentação láctea para crianças já desmamadas, devido principalmente à adequação das necessidades de proteínas e micronutrientes para lactentes ⁸.

A alimentação complementar, conforme seu conceito tem a função de complementar a energia e micronutrientes necessários para o crescimento saudável e completo desenvolvimento das crianças ⁹.

A alimentação complementar é compreendida como a alimentação fornecida no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos em adição ao leite materno. Qualquer alimento ou líquido oferecido à criança, além do leite materno, nesse período é chamado de “alimento complementar”, que é subdividido em duas categorias: alimentos transicionais - preparados exclusivamente para a criança e modificados para atender suas habilidades e necessidades – e alimentos complementares não modificados e consumidos pelos demais membros da família e que não recebem denominação específica, podendo ser classificados como alimentos familiares ².

A alimentação complementar deve compreender quantidades de água, energia, macro e micronutrientes (proteínas, gorduras, vitaminas e minerais) por meio de alimentos culturalmente aceitos, economicamente acessíveis, que sejam agradáveis à criança e que sejam isentos de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais, sem muito sal ou condimentos, de fácil consumo, custo acessível e que sejam fáceis de preparar a partir dos alimentos da família ¹⁰.

O consumo excessivo de bebidas açucaradas artificialmente tem sido associado à ocorrência de excesso de peso na população pediátrica e favorecimento do desenvolvimento precoce de doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes e a hipertensão arterial. De acordo com as recomendações atuais, a ingestão de açúcar livre deve ser equivalente a menos de 10% do valor energético total diário ⁸.

A partir do 6º mês de vida, novos alimentos devem ser gradualmente introduzidos na dieta, de forma orientada e em conjunto com o aleitamento natural ¹⁰. A ingestão precoce

de alimentos pode estar associada ao aumento da morbimortalidade infantil devido ao risco de higienização inadequada dos alimentos, à ocorrência de reações alérgicas, à pouca absorção de nutrientes, à ausência de ingestão dos fatores de proteção do leite materno, além da possibilidade de diminuição do crescimento infantil e, conseqüentemente, do aumento de desnutrição energético-proteica e deficiência de alguns micronutrientes, particularmente ferro, zinco e vitamina A ⁹.

O uso de outros alimentos além do leite materno antes dos 6 meses é desnecessário e também pode interferir negativamente no estabelecimento dos hábitos alimentares, contribuir para a superalimentação e trazer risco para o trato digestivo, para as vias respiratórias e para a função renal ¹⁰.

Introduzir os alimentos complementares tardiamente também é desfavorável pois pode ocorrer um retardo no crescimento da criança, além de aumentar o risco das deficiências nutricionais ¹¹. Em casos individuais, a iniciação de alimentação complementar antes de seis meses pode ser recomendada, em especial quando as crianças não apresentam o crescimento satisfatório com amamentação exclusiva ¹².

A introdução precoce de alimentos pode influenciar em muitos fatores relacionados à saúde integral da criança, dentre eles destacam-se: a duração do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes do leite materno, aumenta o risco de contaminação e de reações alérgicas, da mesma forma que a introdução tardia pode levar à desaceleração do crescimento da criança, aumentando o risco de desnutrição e de deficiências de micronutrientes.

Alguns tipos de líquidos e semissólidos, se oferecidos precocemente, contribuem para a diminuição da sucção da criança e da produção de leite pela mãe. Do ponto de vista da maturação fisiológica e da necessidade nutricional, a oferta inoportuna de outros alimentos além do leite materno pode levar a situações de desnutrição ou à obesidade infantil ¹³.

Segundo o Caderno de Atenção básica número 23 referente à nutrição infantil, a definição do período adequado para iniciar a introdução dos alimentos deve levar em consideração a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança e as necessidades

nutricionais. Até os quatro meses de idade, a criança ainda não atingiu o desenvolvimento fisiológico necessário para que possa receber alimentos sólidos. Apesar de o reflexo de protrusão (que faz com que o bebê jogue para fora tudo que é colocado em sua boca) estar desaparecendo, a criança ainda não senta sem apoio e não obtém o controle neuromuscular da cabeça e do pescoço para mostrar desinteresse ou saciedade, afastando a cabeça ou jogando-a para trás. Portanto, em função dessas limitações funcionais, nessa fase ela está preparada para receber basicamente refeição líquida, preferencialmente o leite materno. Por volta dos quatro a seis meses de vida a aceitação e tolerância da alimentação pastosa melhoram sensivelmente não só em função do desaparecimento do reflexo de protrusão da língua, como também pela maturação das funções gastrointestinal e renal e também do desenvolvimento neuromuscular¹⁰.

A introdução de novos alimentos deve ser gradual, um de cada vez, com intervalos de três a sete dias, a fim de identificar possíveis reações alérgicas ao alimento. Glúten, ovos, peixes e castanhas devem ser evitados para crianças menores de um ano, em famílias com história de alergias alimentares. Em geral, as crianças tendem a rejeitar alimentos desconhecidos, fenômeno denominado neofobia alimentar, que não deve ser interpretado erroneamente como aversão permanente ao alimento. Esse comportamento pode manifestar-se tão cedo quanto em crianças de seis meses. Em média são necessárias de oito a dez exposições para que o alimento seja aceito e incorporado à dieta da criança. A preferência por determinado tipo de alimento decorre de um processo de aprendizagem. Dessa forma, as crianças aprendem a ter maior preferência pelos alimentos que são oferecidos com maior frequência. Para facilitar a aceitação de uma alimentação variada, a criança deve ser exposta, em tempo oportuno, aos diferentes tipos de alimentos ainda no primeiro ano de vida².

Os alimentos complementares podem ser preparados especialmente para as crianças ou consumidos pelos demais membros da família, modificados para atender às habilidades e necessidades da criança. De acordo com Monte e Giuliani (2004), a adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção da morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso⁷.

A alimentação complementar adequada, segundo Giugliani e Victora (1997), é aquela que se inicia como complemento ao aleitamento materno, com dietas adequadas em quantidade e qualidade (de consistência, nutrientes e calorias) sob a forma de purês de

legumes, frutas, carnes e cereais. Esse alimento de transição para lactentes e crianças da primeira infância são aqueles preparados de modo a oferecer uma dieta de consistência gradativamente maior até que ela possa receber a dieta da família. Essa fase é um período vulnerável para a ocorrência de infecções, atraso no desenvolvimento e formação de hábitos alimentares inadequados que favorecem o estabelecimento de sequelas futuras como atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas ⁵.

A consistência dos alimentos deve respeitar o desenvolvimento das crianças. Aos 6 meses de vida as crianças precisam receber alimentos bem amassados. Assim que possível, os alimentos não precisam ser muito amassados, evitando-se, dessa forma, a administração de alimentos muito diluídos, propiciando oferta calórica adequada. Os alimentos devem ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados. Aos 8 meses, as crianças aceitam alimentos picados ou em pedaços pequenos e, aos 12 meses, a maioria das crianças já está apta a comer alimentos na consistência de adultos, desde que saudáveis ¹⁰.

Dos 6 aos 12 meses de vida o leite materno pode contribuir com aproximadamente metade da energia requerida nessa faixa etária e 1/3 da energia necessária no período de 12 a 24 meses. Assim, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes após os 6 meses de idade, além dos fatores de proteção que fazem parte da sua composição. O leite materno é uma importante fonte de energia e nutrientes para crianças doentes e reduz o risco de mortalidade em crianças malnutridas ¹⁰.

Após os seis meses, a criança amamentada deve receber três refeições ao dia (duas papas de fruta e uma papa salgada/comida de panela). Após completar sete meses de vida, respeitando-se a evolução da criança, a segunda papa salgada/comida de panela pode ser introduzida (arroz, feijão, carne, legumes e verduras). Entre os seis aos 12 meses de vida, a criança necessita se adaptar aos novos alimentos, cujos sabores, texturas e consistências são muito diferentes do leite materno. Com 12 meses a criança já deve receber, no mínimo, cinco refeições ao dia ¹⁰.

No Brasil, o Ministério da Saúde, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), elaborou as recomendações alimentares para crianças menores de dois anos, denominada “Os dez passos para uma alimentação saudável das crianças menores de dois

anos” (Quadro 1). Esse guia, elaborado após amplo levantamento de dados, objetiva promover práticas alimentares saudáveis para a criança pequena ¹⁴.

Quadro 1. 10 passos para alimentação saudável das crianças menores de dois anos

Passo 1 Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Passo 2 A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Passo 3 Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.

Passo 4 A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

Passo 5 A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; deve-se começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até se chegar à alimentação da família.

Passo 6 Oferecer à criança diferentes alimentos ao longo do dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Passo 7 Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8 Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9 Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; e garantir armazenamento e conservação adequados.

Passo 10 Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo a alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando sua aceitação.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2005.

2 ARTIGO

I. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a forma ideal de alimentar crianças até, pelo menos, os dois anos de idade, pois além de protegê-las contra doenças infecciosas e ser uma importante fonte de nutrientes, promove vínculo afetivo entre mãe e filho e melhor desenvolvimento físico, cognitivo, social e psicomotor da criança ¹.

O Ministério da Saúde do Brasil, endossado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda aleitamento materno por 02 anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada à maior número de episódios de diarreia, maior número de hospitalizações por doença respiratória, risco de desnutrição, desenvolvimento de doenças atópicas, dentre outros prejuízos para a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança ².

Alimentação complementar é definida como alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno. Alimento complementar é qualquer alimento dado durante o período de alimentação complementar e que não seja leite materno. Deve-se iniciar com alimentos ricos em energia, proteínas e micronutrientes, sendo isentos de contaminação e em qualidade e quantidade apropriadas à criança ³.

A introdução dos alimentos na dieta da criança é uma etapa crítica que pode conduzir ao déficit nutricional e a enfermidades. É um processo que envolve complexos fatores biológicos, culturais, sociais e econômicos que interferem no estado nutricional da criança. Em países em desenvolvimento, a dieta complementar tem um efeito imediato na saúde infantil, devido a fatores como a falta de acesso a alternativas adequadas ao leite materno; contaminação microbiana de alimentos ou líquidos e substituição do leite materno por alimentos menos nutritivos ⁴.

Somente a partir dos 6 meses de idade que as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas apenas pelo leite humano. Além disso é a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico

(mastigação, deglutição, digestão e excreção) que a habilita a receber outros alimentos que não o leite materno. Após os seis meses de idade deverão ser oferecidos alimentos em consistência pastosa, preparados especialmente para a criança, chamados de alimentação de transição. Deve-se aumentar a consistência gradativamente, até chegar à alimentação da família, a partir do oitavo mês de idade ³.

Diversos fatores influenciam a introdução alimentar e o aleitamento materno, dentre os quais a mãe merece destaque, pois é a principal referência nos cuidados à criança, além da influência de fatores associados ao contexto familiar, econômico e sociocultural. Os cuidados maternos são fundamentais para a saúde da criança e podem sofrer influência da qualidade das informações em saúde, da escolaridade e idade da mãe, além do tempo de que a mãe dispõe para cuidar de seu filho ⁵.

A família oferece amplo campo de aprendizado social à criança. O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares podem ter grande influência na alimentação, nas práticas alimentares, e afetar o equilíbrio energético da alimentação pela disponibilidade e composição dos alimentos. Assim, a família poderá estabelecer o aprendizado de um hábito socialmente aceito ou inserir novos hábitos, contribuindo para a formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não ⁶.

Embora tenham ocorrido avanços importantes na promoção da amamentação nos últimos anos, a promoção da alimentação complementar tem apresentado progressos mais lentos. Nesse contexto o objetivo deste estudo foi avaliar os conhecimentos maternos através da aplicação de um questionário no município de Itabaiana- SE sobre a introdução da alimentação complementar, identificando as maiores dificuldades encontradas e os principais erros cometidos pelas mães no tocante à época da sua introdução, qualidade alimentar e forma de administração.

II. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, transversal, de caráter quantitativo, com amostra de conveniência, com aplicação de questionário. O questionário utilizado nesse estudo foi adaptado a partir de um questionário validado e que fora empregado na II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais Brasileiras e Distrito Federal realizado

pelo Ministério da Saúde em 2009. As adaptações no questionário foram realizadas com o intuito de atender aos objetivos da pesquisa em tela. Outrossim, a ferramenta aqui utilizada foi composta de 51 perguntas direcionadas às mães sobre práticas alimentares em crianças de 0 a 2 anos além de variáveis socioeconômicas da mãe e da criança. Os questionários foram aplicados através de visitas domiciliares nas Unidades básicas de saúde e em sala de espera dos ambulatórios da maternidade do município de Itabaiana-SE. Foram entrevistadas somente mães de crianças de 0 a 2 anos de idade são residentes de tal município. Todas as entrevistadas receberam o termo de consentimento livre e esclarecido e, só após sua leitura e assinatura, a entrevista se iniciou. Foram excluídas da amostra outros cuidadores que não eram as mães, mães de crianças acima de 2 anos ou mães que não aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados coletados foram tabulados tendo como base a ficha de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e classificados segundo recomendações do Caderno de atenção básica número 23: aleitamento materno e alimentação complementar como lácteos (outro leite que não o materno e mingau), líquidos não nutritivos, (água e chás) saudáveis (frutas, suco de fruta natural, verduras e legumes, feijão, carne) e não saudáveis (refrigerantes, sucos artificiais, bolachas, doces, café).

Posteriormente, os dados foram duplamente digitados em Planilha do Windows Microsoft Excel Office 2013 e na sequência para o aplicativo científico, SPSS 20.0 no qual foram realizadas análises estatísticas descritivas e medida de dispersão (desvio-padrão). O tamanho da amostra foi calculado para o nível de confiança de 95% e poder de 80%.

As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absoluta e relativa. Para as análises de associação foram usados os testes de *qui-quadrado* e Exato de Fisher. A significância estatística estipulada foi de 5% ($p \leq 0,05$). Todas as análises foram realizadas por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe e aprovado sob o número de Parecer 2.587.312. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o sigilo dos dados.

III. RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 165 mães, onde destas, 32,1% foram avaliadas na maternidade São José, 17% na UBS Manoel Pereira de Andrade e 50,9% na UBS Dr. Ormeil Câmara. Em relação às crianças analisadas, houve um predomínio do sexo masculino, representado por 53,9%, e 46,1% foram do sexo feminino. Quanto à idade, 50,3% estavam na faixa etária entre 0 a 6 meses incompletos; 18,3%, de 6 a 12 meses incompletos; 16,9% entre 12 e 18 meses incompletos; e 14,5% estavam entre 18 e 24 meses incompletos.

Com relação à faixa etária materna, 23% delas estavam entre 15 a 20 anos; 25,5% entre 21 e 25 anos; 20,6% entre 26 a 30 anos; 22,4% entre 31 e 35 anos; e 8,5% das mães tinham idade superior a 35 anos. No que diz respeito à quantidade de filhos por mãe, 51,5% afirmaram ter apenas um filho, 25,4% dois filhos; 10,3% três filhos. As demais características socioeconômicas maternas são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Frequências absoluta e relativa das características socioeconômicas das mães.

Variável	N	%	Valor <i>p</i>
Escolaridade			
Não alfabetizada	7	4,2	<0,001
Lê e escreve	1	0,6	
Fundamental	83	50,3	
Médio	60	36,4	
Superior	14	8,5	
Ocupação profissional			
Está trabalhando fora	19	11,5	<0,001
Não está trabalhando	127	77,0	
Está de licença maternidade	19	11,5	
Renda Per Capita			
< R\$ 100,00	28	17,0	<0,001
R\$ 100,00 a 199,00	49	29,7	
R\$ 200,00 a 879,00	80	48,5	
> R\$ 880,00	7	4,2	
Não sabe/não quis informar	1	0,6	

Teste de *qui-quadrado* de uma variável; significância estatística ($p \leq 0,05$).

As mães foram também inquiridas quanto ao tipo de parto. Do total de 165 mães, 62,4% tiveram parto normal, 37% cesáreo e 0,6% por fórceps. As consultas de rotina em 8,5% dos casos são em serviço particular/convênio e 91,5% ocorrem em rede pública. Sobre o ato de mamar na primeira hora de vida, 74,5% relataram que sim e 25,5% relataram que não.

Quanto à alta da maternidade, 29,1% aconteceu com um dia, 33,3% aconteceu com dois dias e 37,6% aconteceu com três dias ou mais. Após a alta da maternidade, no primeiro dia em casa, foi questionado sobre amamentação ao peito e consumo de outro leite, água e chás. Foi verificado que 97,6% das crianças mamaram no peito e apenas 2,4% não. Ao serem questionadas sobre a introdução de outro tipo de leite, 11,5% disseram que sim, que haviam dado outro tipo de leite, e 88,5% não. Sobre a ingestão de água, 5,5% disseram que sim e 94,5% disseram que não. Sobre o consumo de chás, 3,6% disseram que sim e 96,4% disseram que não.

Após a alta da maternidade, no primeiro dia em casa, foi questionado às mães sobre amamentação ao peito, sendo verificado que 97,6% das crianças mamaram no peito nesse ínterim. Quanto ao consumo de outro leite além do leite materno e oferta de água e chás às crianças nesse mesmo período, foi observado que a maior parte das mães não ofertaram outro tipo de leite além do materno (88,5%), como também não administraram água (94,5%) e chás (96,4%).

Em relação ao tempo de amamentação exclusiva, 44,3% foram até antes do sexto mês de vida, 16,4% até os seis meses; apenas 1,2% até depois do sexto mês de vida e 38,2% ainda estão em amamentação.

Ao levar em consideração às mães que não estão mais em amamentação, que representam 61,8% do total, foi verificado que 77,5% deram outro tipo de leite e 22,5% não. Dentre as que dão outro tipo de leite, 62,0% dão leite de vaca, 34,2% dão fórmula de partida, 2,5% fórmula de seguimento e 1,3% outros tipos de leite.

Sobre a inserção de outros alimentos, 70,6% assim a fizeram antes do sexto mês de vida; 28,4% a partir do sexto mês de vida, e 1,0% não sabe ou não lembra e a idade materna teve relação com essa introdução precoce, como demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 Análise de associação entre a faixa etária da mãe e tempo de introdução de outros alimentos.

Variável	Outros alimentos		Total N	Valor de <i>p</i>
	Antes dos 6 meses n(%)	A partir dos 6 meses n(%)		
Faixa etária da mãe (anos)				
15 a 20 anos	11 (15,3)	11(37,9)	22	0,049
21 a 25 anos	20 (27,8)	7 (24,1)	27	
26 a 30 anos	15 (20,8)	3 (10,3)	18	
31 a 35 anos	17 (23,6)	6 (20,7)	23	
36 a 40 anos	6 (8,3)	2 (6,9)	8	
41 a 45 anos	3 (4,2)	0	3	

Teste de *qui-quadrado*; significância estatística ($p \leq 0,05$).

A análise do inquérito alimentar sobre o consumo de alimentos no dia anterior até a manhã do dia da entrevista (recordatório de 24 horas) está representada na tabela 3. Sobre as mães que amamentaram nesse período, 4,1% deram de 5 a 15 vezes e 70,3% não sabiam ou não lembravam. Quanto ao consumo de outro tipo de leite, 16,9% só faziam uso durante o dia, 2,6% só a noite e 80,5% de dia e de noite.

Sobre o consumo dos alimentos lácteos, 66,7% das mães com renda per capita < R\$ 100 a 199 afirmaram ofertar mingau ao filho ($p=0,001$). Dos líquidos não nutritivos, 72,7% das mães com esta mesma renda ($p=0,003$) e 63,6% das mães analfabetas ou que cursou a última série no ensino fundamental ($p=0,043$) ofertavam chás.

Mais de 50% das mães entrevistadas não sabiam a consistência correta de administração dos alimentos a depender da idade da criança ($p=0,047$ e $p=0,038$). Mais de 60% das mães com renda per capita < R\$ 100 a 199 e menor nível de escolaridade introduziram alimentos não saudáveis como café ($p=0,012$ e $p=0,028$), bebidas adoçadas ($p<0,001$ e $p=0,022$) e outros alimentos ($p<0,001$) às crianças.

Tabela 3. Análise do consumo de alimentos no dia anterior até a manhã do dia da entrevista

Variável	Sim n(%)	Não n(%)	Total N
Tomou leite de peito	120 (72,7)	45 (27,3)	165
Tomou água	97 (58,8)	68 (41,2)	165
Tomou chá	33 (20,0%)	132 (80,0%)	165
Tomou outro leite	77 (46,7)	88 (53,3)	165
Mingau doce ou salgado	63 (38,2)	102 (61,8)	165
Fruta em pedaço	49 (29,7)	116 (70,3)	165
Fruta amassada	25 (15,2)	140 (84,8)	165
Comida salgada	72 (43,6)	93 (56,4)	165
Algum tipo de carne	67 (40,6)	98 (59,4)	165
Feijão em caldo ou grão	68 (41,2)	97 (58,8)	165
Legumes e/ou verduras	67 (40,6)	98 (59,4)	165
Suco de fruta natural	72 (43,6)	93 (56,4)	165
Café	26 (15,8)	139 (84,2)	165
Bebidas adoçadas com açúcar	63 (38,2)	102 (61,8)	165
Outros alimentos	72 (43,6)	93 (56,4)	165
Mamadeira ou chuquinha	82 (49,7)	83 (50,3)	165
Usou chupeta	59 (35,8)	106 (64,2)	165

IV. DISCUSSÃO

Itabaiana é um município do estado de Sergipe localizado na Mesorregião do Agreste Sergipano e na Microrregião do Agreste de Itabaiana com uma população, de acordo com o censo de 2010, de 86.967 pessoas. É a quarta maior cidade de Sergipe, ficando a 54 km da capital e corresponde à sede da microrregião de saúde do Agreste Central do estado ⁷.

Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de 2017 com relação à nutrição e alimentação infantil de crianças de 0 a 2 anos no estado de Sergipe são escassos e com relação ao município de Itabaiana são ausentes no que diz respeito à amamentação exclusiva, amamentação continuada e consumo de outros alimentos; fato que reforça a importância desta pesquisa ⁸.

Os resultados obtidos evidenciaram que na população estudada 38,2% das crianças ainda se encontravam em amamentação exclusiva (AME) no momento da coleta e, das que já não estavam mais em AME, apenas 16,4% foi amamentado exclusivamente até os

seis meses de vida; valores estes muito inferiores do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e também abaixo de 41% que é o índice nacional; como mostram outros estudos ^{9, 10}. Segundo a Pesquisa Nacional de saúde de 2013 as prevalências de amamentação e amamentação exclusiva nas crianças brasileiras menores de dois anos podem ser consideradas baixas ¹¹.

Uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que complementam o aleitamento materno ¹². O leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. O leite materno é capaz de suprir isoladamente as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas ².

A maioria das mães entrevistadas, 74,5%, afirmaram amamentar a criança na primeira hora de vida. O ato de amamentar na primeira hora após o parto pode diminuir consideravelmente os riscos de mortes neonatais e aumentar o vínculo mãe-filho (contato pele a pele) na sala de parto. Tal ação constitui uma prioridade para a promoção da saúde das crianças e representa um indicador de excelência da prática de amamentação, além de corresponder ao Passo 4 da iniciativa Hospital Amigo da Criança ¹³.

No que diz respeito a amamentação continuada 55,8% das mães entrevistadas afirmaram manter a oferta de leite materno apesar do início da alimentação complementar; o que demonstra um ponto positivo importante do conhecimento materno na população estudada sobre alimentação complementar seguindo, de certa forma, as orientações da OMS e do Ministério da Saúde (MS) de adotar o aleitamento materno independente da sua classificação até pelo menos os 02 anos da criança ⁹.

Introdução alimentar precoce foi observada em 70,6% das crianças analisadas, o que corrobora dados encontrados na Pesquisa Nacional de Saúde de 2006 e 2013 nas quais 30% e 70% das crianças estudadas, respectivamente, apresentaram introdução alimentar antes dos seis meses, aumentando o risco do desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta tanto pela descontinuação da AME como pela introdução alimentar prematura ¹¹.

No tocante a relação entre características socioeconômicas maternas e o início da alimentação complementar salientou-se que apenas a idade da mãe influenciou na introdução precoce da alimentação complementar ($p=0,049$), ou seja, antes dos seis meses de idade. O pico de introdução alimentar precoce se deu entre as mães com faixa etária entre 21 e 35 anos.

O início precoce da alimentação complementar, aumenta o risco de a criança desenvolver algumas doenças correlacionadas ao desmame precoce como doenças infecciosas, diarreia ou doenças respiratórias ⁹. Além disso, a introdução de alimentos complementares precocemente tem como consequência uma menor ingesta de leite materno, levando a criança a não receber nutrientes imprescindíveis para seu desenvolvimento ¹¹.

Introduzir os alimentos complementares tardiamente, ou seja, posteriormente aos seis meses de idade da criança, também é desfavorável porque diminuem o crescimento e desenvolvimento da criança; e, em contrapartida, o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes aumenta ¹⁴. No atual estudo foi observada introdução após os seis meses de idade apenas por 5,9% das mães.

As demais características maternas avaliadas como escolaridade, trabalho, renda familiar e quantidade de filhos não demonstraram significância estatística quando relacionadas ao tempo de introdução da alimentação complementar.

Com relação a quantidade de filhos, os resultados encontrados contrapõem-se a achados de outro estudo no qual foi observado uma menor prevalência de alimentação complementar antes dos seis meses de vida de crianças cujas mães eram primíparas, sendo este um provável indicador da insegurança ou mesmo incerteza de mães primíparas sobre a oferta de alimentos às crianças ou até mesmo, uma maior adesão às ações de aconselhamento ¹³.

Pode -se afirmar que o leite de vaca é um dos alimentos mais frequentemente consumidos por crianças brasileiras ¹⁵. Em igualdade com a realidade brasileira, 62% das mães estudadas ofertavam leite de vaca aos filhos após cessarem a amamentação; e, somente 36,7% utilizavam fórmula de partida ou de seguimento.

Conforme recomendações mundiais, a manutenção do leite materno deve ser estimulada como fonte láctea exclusiva até os 2 anos ou mais, e a introdução de leite de vaca

integral antes dos 12 meses não é indicada ¹⁵. Já está bem estabelecido na literatura que os consumos precoces e/ou excessivos de alguns alimentos, como o leite de vaca, podem desencadear processos alérgicos, já que a exposição prematura a proteínas diferentes do leite humano está associada ao aumento do risco de diabetes, obesidade, anemia ferropriva e doenças atópicas como asma e alergia alimentar ^{13, 10}. As fórmulas infantis, apesar de apresentar proteínas intactas; possuem adequação das necessidades de proteínas e micronutrientes para lactentes e, por isso, são a primeira escolha de alimentação láctea para crianças desmamadas ¹⁵.

A maioria das mães que participaram do estudo referiram não fazer uso de utensílios como mamadeiras/chuquinhas 50,3% ou chupeta 64,2%; o que configura uma boa prática dos conhecimentos maternos pois, o uso de tais objetos está comprovadamente relacionado com a introdução alimentar precoce, prejudicando assim a amamentação exclusiva ¹³.

O uso de mamadeira e chupeta, além de acarretar no consumo prematuro de água, chá e outros alimentos, atrapalham o aleitamento materno por provocar uma confusão de bicos na hora de mamar no peito, dificultando a pega correta da mama, além de provocar desconforto abdominal, cólicas no bebê e aumentar o risco de doenças ¹⁶. O uso de mamadeiras, por exemplo, pode acarretar na redução das mamadas e consequente diminuição do estímulo à produção de leite, o que induz a mãe a oferecer mamadeiras com outros tipos de leite que não o materno, com o objetivo de saciar a fome e o choro das crianças ^{13, 10}.

Nenhuma das características maternas socioeconômicas analisadas tiveram relação estatística significativa com o consumo de leite materno, que foi de 72,7%, independente da classificação da amamentação. A maioria das mães questionadas referiram amamentar sem restrições de horários; o que caracteriza a recomendação do ministério da saúde de amamentação em livre demanda ².

Com relação ao consumo dos alimentos lácteos, a oferta de mingau apresentou relação importante com a renda familiar ($p=0,001$). Das famílias que apresentavam uma renda per capita < R\$ 100,00 até R\$ 199,00; 66,7% ofertavam mingau a criança pelo menos uma vez ao dia. Uma provável explicação para este fato é pelo menor custo do mingau se comparado ao valor das fórmulas infantis de partida e seguimento.

É comum observar a prática de uma dieta láctea, acrescida de grande quantidade de farinhas, por um longo período durante os primeiros anos de vida da criança ¹⁷. O leite de vaca é responsável por 20% das alergias alimentares além de ser fator de risco independente para o desenvolvimento de anemia carencial ferropriva, e sua introdução na dieta alimentar da criança deve ser postergado o maior tempo possível ⁹.

Possíveis explicações para que algumas crianças recebam amamentação exclusiva por menos tempo, podem ser as crenças de que somente o leite materno não seria mais suficiente para o ganho adequado de peso e, também, pela controvérsia que ainda existe sobre a idade ideal de introdução alimentar e especialmente de introdução de outros leites que não o humano ¹¹.

A oferta de líquidos não nutritivos apresentou relação significativa com a renda per capita; quanto menor a renda maior o consumo de tais líquidos. O consumo de chás ainda mostrou relação com a escolaridade da mãe ($p= 0,043$); mães não alfabetizadas ou que cursaram a última série com aprovação no ensino fundamental ofertavam mais chá do que mães com nível de escolaridade maior. O fator cultural da utilização de chás para tratamento de cólicas e para acalmar a criança associado ao menor acesso das mães pouco escolarizadas as informações corretas sobre nutrição infantil, podem ser possíveis causas deste resultado ¹⁸.

A maioria das mães da população estudada não ofertava alimentos saudáveis aos seus filhos e, muitas não conheciam corretamente a forma de preparo e consistência que o alimento deveria ser administrado. Como foi possível observar com relação ao consumo das frutas e papa salgada nos quais muitas não ofertavam na consistência correta a depender da idade da criança e não davam na quantidade e qualidades recomendada pelo Ministério da saúde.

No início os alimentos devem apresentar consistência de papas ou purês e, por isso, devem ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados. A consistência dos alimentos deve respeitar o desenvolvimento das crianças. Aos 6 meses de vida as crianças precisam receber alimentos bem amassados, com gradual aumento da consistência, propiciando oferta calórica adequada. Aos 8 meses as crianças aceitam alimentos picados ou em pedaços pequenos. Aos 12 meses a maioria das crianças já está apta a comer alimentos na consistência de adultos, desde que saudável ².

Após os seis meses, a criança amamentada deve receber três refeições ao dia (duas papas de fruta e uma papa salgada/comida de panela). Ao completar sete meses de vida, respeitando-se a evolução da criança, a segunda papa salgada/comida de panela pode ser introduzida (arroz, feijão, carne, legumes e verduras). Com 12 meses a criança já deve receber, no mínimo, cinco refeições ao dia. Deve-se procurar variar ao máximo a alimentação para que a criança receba todos os nutrientes de que necessita e, também, para contribuir com a formação dos hábitos alimentares, além de evitar a monotonia alimentar ².

No que diz respeito a utilização de alimentos não saudáveis (bebidas adoçadas, bolachas, doces, café), houve uma associação estatística importante com a renda per capita familiar ($p < 0,001$ e $p = 0,012$) e a escolaridade da mãe ($p = 0,02$). O consumo destes alimentos foi maior quanto menor a renda familiar e a escolaridade materna. Pode-se atribuir essa associação do desfecho com a menor renda mensal familiar à maior disponibilidade e acessibilidade desses tipos de alimentos pelas famílias de menor poder aquisitivo, assim como ao menor acesso das mães pouco escolarizadas as informações em saúde ¹⁸.

Resultado semelhante foi observado em outro estudo no qual foi evidenciada a introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida entre crianças residentes em municípios de alta vulnerabilidade socioeconômica da Região Sul do Brasil, e tal prática associou-se à menor escolaridade materna e menor renda familiar mensal ¹⁸.

Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 a prevalência de consumo de alimentos considerados não saudáveis foi alta, mesmo tendo em conta as crianças menores de um ano ¹¹. De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, no ano de 2009, houve uma prevalência de introdução precoce de água, chás e outros leites já no primeiro mês de vida. Encontrou-se também o consumo elevado de café, refrigerantes e especialmente bolachas e salgadinhos entre crianças de 9 a 12 meses. Podendo-se afirmar com base nesses dados que o processo de introdução de alimentos complementares não é oportuno e é inadequado do ponto de vista energético e nutricional ¹⁹.

¹⁰.

Apesar das evidências, estudos mostram cada vez mais práticas inadequadas de introdução da alimentação complementar com a oferta de alimentos não recomendados como ultraprocessados, industrializados, com sal em excesso, açúcares, aditivos e conservantes

artificiais nos primeiros meses após o nascimento. A introdução desses alimentos associada à interrupção do aleitamento materno, prejudica o crescimento e desenvolvimento da criança, além de contribuir para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade e algumas doenças crônicas, tanto a curto como médio e longo prazo ^{11, 18}. Adicionalmente, substâncias presentes nesses alimentos são hiperpalatáveis, fazendo com que a criança crie predileção por eles e ainda podem irritar a mucosa gástrica da criança dificultando a digestão e absorção de nutrientes ¹⁸.

Os conhecimentos maternos acerca da alimentação complementar têm aumentado, contudo, apesar do avanço nas informações de saúde a respeito da alimentação infantil, o estudo revelou que as mães da população estudada possuem conhecimentos equivocados sobre diversos aspectos; como o tempo oportuno de introdução, qualidade dos alimentos oferecidos, e a forma correta de introdução dos alimentos. Ainda existem vários fatores que entram em conflito com as recomendações nutricionais acerca da alimentação complementar influenciando nas decisões maternas. Nas mães avaliadas houve uma relação entre renda e escolaridade materna com a introdução de alimentos inadequados.

Diante dos achados aqui apresentados, fica evidente a necessidade da realização de maiores estratégias de intervenções voltadas para a comunidade em questão, estimulando os gestores locais e os profissionais de saúde a proporem medidas efetivas de intervenção como ações de promoção de práticas alimentares saudáveis nos primeiros anos de vida, com o propósito de melhorar o crescimento e o desenvolvimento saudável na infância, evitando deficiências ou excessos de nutrientes que podem acarretar em doenças crônicas na vida adulta.

V. REFERÊNCIAS

1. MORELLATO, Adriana; ALMEIDA, Jussara C.; CABISTANI, Nêmora; Avaliação da introdução precoce da alimentação complementar em crianças de 0 a 24 meses atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista HCPA**, Rio Grande do Sul; v. 29. n. 2; p. 133-138, 2009.
2. _____. Ministério da Saúde. Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação complementar. **Cadernos de atenção básica**, n.23; 2ª edição, Brasília; 2015.
3. CUNHA, Luana E.O.et al.; Conhecimento materno sobre alimentação complementar-comparação entre mães e cuidadores de crianças atendidas em uma unidade pública e em uma particular. **Revista Nutrir gerais**, Ipatinga-MG, v.6, n.11, p. 945-965, 2012.
4. SILVA, Ligia Mara P.; VENÂNCIO, Sônia I.; MARCHIONI, Dirce Maria L.; Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de nutrição**. Campinas. v. 23, n.6, p.983-992, 2010.
5. MARTINS, Murielle de L.; Conhecimentos maternos sobre alimentação complementar: introdução dos alimentos, avaliação e identificação das dificuldades observadas em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.23, n.4, p.353-359, 2012.
6. VIEIRA, Graciete O. et al.; Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro; v. 80, n.5; p.411-416; 2004.
7. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em 19 de junho de 2018.
8. SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/>> Acesso em 19 de junho de 2018.
9. GONÇALVES, Meire Rafaela S.; CADETE, Matilde Meire M.; Aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar entre menores de um ano em Ribeirão das Neves-MG. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde**. Rio de Janeiro. v.10, n. 1, p.173-187, 2015.
10. _____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília. 1ª edição. 2009.
11. FLORES, Thaynã Ramos; et al. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.33, n.11. 2017.
12. _____. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. 1ª Edição. Brasília; 2005. Série A - Normas e Manuais Técnicos.

13. SCHINCAGLIA, Raquel Machado; et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília. v.23, n.3, p.465-474, 2015.
14. FUZETO, Karina Lopes R.; OLIVEIRA, Angela Cristina L.; Comparação da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas, Curitiba/PR. **Cadernos da Escola de Saúde**. Curitiba. v.3, p1-16, 2010.
15. MELLO, Carolina S.; BARROS, Karina V.; MORAIS, Mauro B.; Brazilian infant and preschool children feeding: literature review. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. 2016. < <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.02.013>. > Acesso em 17 de junho de 2018.
16. VENDRUSCOLO, Josiane F; et al. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comum**, São Paulo, v.24, n.1; p. 41-52; 2012.
17. SANTOS, Ariane T. et al. Conhecimentos e práticas maternas em relação à alimentação complementar. **EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires**, v.20, n.213; Fevereiro de 2016. <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em 03 de junho de 2018.
18. DALLAZEN, Camila; et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.34, n.2, 2018.
19. MARTINS, Murielle de L. HAACK, Adriana; Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.23, n.3, p.263-370, 2012.

3 REFERÊNCIAS

1. LIMA, Daniela B. et al. Práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.45; n.2; p. 1705-1709; 2011.
2. DIAS, Mara C. A.; FREIRE, Lincoln Marcelo S.; FRANCESCHINI, Sylvia do C. C; Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista de nutrição**. Campinas. v.23, n.3, p.475-486, 2010.
3. LIMA, Ana Paula E.; JAVORSKI, Marly; VASCONCELOS, Maria G. L.; Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Revista Brasileira de enfermagem**. Brasília. v.64, n.5, p.912-918, 2011.
4. MARTINS, Murielle de L. HAACK, Adriana; Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.23, n.3, p.263-370, 2012.
5. VENDRUSCOLO, Josiane F. et al. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comum**, São Paulo, v.24, n.1; p. 41-52; 2012.
6. _____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília. 1ª edição. 2009.
7. CORRÊA, Elizabeth N. et al.; Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC); **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo; v. 27; n.3; p. 258-264; 2009.
8. MELLO, Carolina S.; BARROS, Karina V.; MORAIS, Mauro B.; Brazilian infant and preschool children feeding: literature review. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.02.013>. Acesso em 10 de junho de 2018.
9. SANTOS, Ariane T. et al. Conhecimentos e práticas maternas em relação à alimentação complementar. **EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires**, v.20, n.213; Fevereiro de 2016. <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em 03 de junho de 2018.
10. _____. Ministério da Saúde. Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação complementar. **Cadernos de atenção básica, n.23**; 2ª edição, Brasília; 2015.
11. CUNHA, Luana E.O.et al.; Conhecimento materno sobre alimentação complementar-comparação entre mães e cuidadores de crianças atendidas em uma unidade pública e em uma particular. **Revista Nutrir gerais**, Ipatinga-MG, v.6, n.11, p. 945-965, 2012.
12. SILVA, Ligia Mara P.; VENÂNCIO, Sônia I.; MARCHIONI, Dirce Maria L.; Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de nutrição**. Campinas. v. 23, n.6, p.983-992, 2010.

13. BERNARDI, JLD.; JORDÃO, R.E.; BARROS, Filho AA.; Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.26, n.5; p.405-411; 2009.

14. _____. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. 1ª Edição. Brasília; 2005. Série A - Normas e Manuais Técnicos.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES



ISSN 1678-4464 *versión on-line*

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1. Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2. Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3. Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4. Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));

1.5. Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));

1.6. Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7. Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8. Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9. Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10. Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3. As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Netherlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1. Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3. No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1. Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1. Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do (s) autor (es).

8.3. No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o (s) autor (es) deverá (ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1. Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [*Declaração de Helsink*](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2. Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4. Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2. Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4. Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será

direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3. Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)).

12.7 *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 *Agradecimentos.* Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9. Na terceira etapa são incluídos o (s) nome (s) do (s) autor (es) do artigo, respectiva (s) instituição (ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10. Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome (s) do (s) autor (es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o (s) autor (es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14. Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16. Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17. Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20. Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21. Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22. As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23. Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2. Para acessar a prova de prelo e as declarações, o (a) autor (a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

15.2.1 Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2. Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3. Cada autor (a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor (a);

15.2.5 Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil
Tel.: +55 21 2598-2511
Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514



cadernos@fiocruz.br

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS MATERNOs SOBRE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NO MUNICÍPIOS DE ITÁBAIANA-SE.

Pesquisador: ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85229718.3.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.587.312

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de TCC de graduação em medicina. O pesquisador qualifica o estudo como qualitativo, entretanto o Instrumento de coleta de dados somente apresenta questões fechadas, caracterizando um estudo quantitativo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os conhecimentos maternos sobre alimentação complementar em crianças de 0 a 2 anos no município de Itabalana-SE.

Objetivo Secundário:

- Identificar possíveis erros relacionados à Introdução da alimentação complementar.
- Avaliar as principais dificuldades referidas pelas mães em relação à Introdução da alimentação complementar.
- Identificar os conhecimentos maternos sobre o tempo e maneira corretos de introduzir a alimentação complementar.
- Conhecer os principais fatores que influenciam na alimentação complementar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora

Riscos:

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Senatário

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.587.312

A execução da pesquisa não expõe a entrevistada a risco previsto à sua integridade física e tampouco de sua saúde.

Benefícios:

A alimentação complementar tem um papel primordial no crescimento e desenvolvimento infantil e, tal papel, vai além do aspecto nutricional. Sabe-se que a introdução e rotina alimentar inadequadas poderão propiciar o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta além de prejudicar seu desempenho cognitivo e laboral.

Desta forma, a análise dos conhecimentos maternos acerca da alimentação complementar e dos fatores que possam influenciá-los negativamente possibilitará o planejamento de estratégias de intervenções voltadas para a comunidade em questão a fim de melhorar o padrão da alimentação complementar no município pesquisado.

Destacamos que toda pesquisa impõe risco, entre eles o de quebra de sigilo e anonimato e o de constrangimento. A própria pesquisadora em seu TCLE informa garantir o correto armazenamento dos dados comprometendo-se a garantir o sigilo e anonimato.

Quanto aos benefícios esses devem ser direcionados aos participantes do estudo. Como por exemplo, pode ser realizada orientações direcionadas às participantes do estudo sobre alimentação para as crianças de zero a dois anos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é viável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

cronograma coleta de dados prevista para abril 2018;

Orçamento assumido pela pesquisadora

folha de rosto assinada pelo chefe do departamento medicina de Lagarto;

Apresenta autorização da secretaria municipal de Saúde;

Apresenta autorização da maternidade São José

TCLE necessita adequações.

Recomendações:

Acrescentar no TCLE os benefícios diretos aos participantes. Corrigir o endereço do comitê de ética (colocou endereço do campus de São Cristóvão e o endereço do comitê de ética é no Campus João Cardoso Nascimento Júnior (Campus da Saúde Aracaju) Rua Claudio Batista S/N. Acrescentar que o TCLE está em duas vias e uma via ficará com a participante do estudo.

Endereço: Rua Claudio Batista s/nº

Bairro: Senatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

**UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE**



Continuação do Parecer: 2.557.312

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

considerando que as pendências são de fácil resolução, o projeto está aprovado mas reafirmamos a necessidade de corrigir o TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BÁSICAS_DO_PROJETO_963226.pdf	04/03/2018 22:24:30		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderocto.pdf	04/03/2018 22:23:20	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/03/2018 22:13:16	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/03/2018 22:11:13	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInstituicao_.jpg	04/03/2018 22:08:01	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInstituicao.jpg	04/03/2018 18:24:01	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/03/2018 18:23:30	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisador.pdf	31/01/2018 16:56:35	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/01/2018 16:35:31	ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cláudio Baretto s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3184-7208

E-mail: cepfu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Processo 2.507.312

ARACAJU, 09 de Abril de 2018

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Bezerra s/nº

Bairro: Senador

CEP: 49.080-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufse.br

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa **“Conhecimentos maternos sobre alimentação complementar de crianças de 0 a 2 anos no município de Itabaiana-SE”**. O objetivo da pesquisa é **“Avaliar os conhecimentos maternos sobre alimentação complementar em crianças de 0 a 2 anos em Unidades Básicas de Saúde e maternidade do município de Itabaiana-SE”**. A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma respondendo um questionário cujas perguntas serão referentes a alimentação complementar e alguns dados maternos. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: **Avaliar os conhecimentos maternos acerca da alimentação complementar em crianças de 0 a 2 anos em Unidades Básicas de Saúde e maternidade do município de Itabaiana-SE. Além disso, serão analisados os fatores e as dificuldades maternas no manejo com os alimentos complementares ao leite materno buscando-se cada vez mais compreender a importância da introdução correta da alimentação complementar para a saúde, crescimento e desenvolvimento das crianças.**

Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar (**Dayane da Silva Oliveira, Universidade Federal de Sergipe, Campus Professor Antônio Garcia Filho, Rua Padre Álvares Pitangueira, 248, TELEFONE (79) 9968-5849 e e-mail dayane.peinha@gmail.com**), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Sergipe, Campus João Cardoso Nascimento Júnior (

Campus da Saúde Aracaju) Rua Claudio Batista S/N, e-mail cephu@ufs.br, site www.ufs.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue à senhora.

Lagarto, _____, de _____, 2018

Pesquisador Responsável

RG: _____

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

*Termo de Consentimento Live e Esclarecido apresentando, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

**ANEXO D – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES
EM CRIANÇAS MENORES DE 02 ANOS.**

01- Data: ____/____/____ 02- Município _____ 03- UF _____ 04- UBS: _____ 05- Data de nascimento da criança: ____/____/____ (preferencialmente anotar da caderneta da criança) 06- Sexo da criança: 1 () masculino 2 () feminino	Nº do questionário: _____
---	----------------------------------

07- Em que hospital/maternidade esta criança nasceu? _____ (anotar o nome) 9 () não sabe 08- Em que município esta criança nasceu? _____ (nome) 09- Qual foi o tipo de parto? 1 () Normal/ Vaginal 2 () Fórceps 3 () Cesárea 10- A criança mamou na primeira hora de vida, na sala de parto? 1 () Sim 2 () Não 9 () Não sabe 11- Onde costuma levar a criança para consulta médica de rotina? 1 () Serviço particular ou convênio 2 () Rede pública 12- Qual a idade da Sr. ^a ? _____ (anos completos) 13- Esta criança é o seu primeiro filho (a)? 1 () Sim 2 () Não 14- Tem quantos filhos? 1 () Um 2 () Dois 3 () Três 4 () Quatro 5 () cinco ou mais 15- A Sr. ^a sabe ler e escrever? 1 () sim 2 () não 16- Escolaridade (Qual a última série que cursou com aprovação)? 1 () Não alfabetizada 2 () Lê e escreve 3 () Fundamental 4 () Médio 5 () Superior 17- Sobre o trabalho, neste momento a Sr. ^a ? 1 () Está tabalhando fora 2 () não está trabalhando 3 () Está de licença a maternidade 18- Qual a renda per capita mensal média da casa? 1 () < R\$100 2 () R\$100-199 3 () R\$200-879 4 () > R\$880 5 () não sabe/ não quis informar

19- Logo após o nascimento, com quantos dias a criança recebeu alta da maternidade?
 _____ (anotar em dias)

NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA:

20- Mamou no peito? 1 () sim 2 () não 9 () não sabe

21- Tomou outro leite? 1 () sim 2 () não 9 () não sabe

22- Tomou água? 1 () sim 2 () não 9 () não sabe

23- Tomou chá? 1 () sim 2 () não 9 () não sabe

24- Mamou exclusivamente por quanto tempo? _____ (anotar em meses)

25- Quando parou de amamentar deu outro leite? 1 () sim 2 () não

26- Qual? _____ (anotar o nome)

27- A partir de que mês (dias) a Sr.ª começou a introduzir outros alimentos?

1 () Antes do 1º mês de vida

2 () no 1º mês de vida

3 () No do 2º mês de vida

4 () No do 3º mês de vida

5 () No do 4º mês de vida

6 () No do 5º mês de vida

7 () No do 6º mês de vida

8 () Depois do 6º mês de vida

9 () não sabe / não lembra

A SENHORA PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ?

28- Tomou leite de peito? 1 () sim 2 () não

29- Quantas vezes? _____ (anotar) 9 () não sabe

30- Tomou água? 1 () sim 2 () não

31- Tomou chá? 1 () sim 2 () não

32- Tomou outro leite? 1 () sim 2 () não

33- A criança recebeu outro leite:

1 () Só durante o dia

2 () Só a noite

3 () de dia e de noite

9 () não sabe

34- Tomou mingau doce ou salgado? 1 () sim 2 () não

35- Comeu fruta em pedaço? 1 () sim 2 () não

36- Comeu fruta amassada? 1 () sim 2 () não

37- Comeu comida salgada (de panela, papa, sopa)? 1 () sim 2 () não

38- Quantas vezes?

1 () Uma vez

2 () Duas vezes

3 () Três vezes ou mais

9 () não sabe

39- A comida oferecida foi? (pode assinalar mais de uma alternativa)

1 () igual a da família

2 () preparada exclusivamente para a criança

3 () industrializada

9 () não sabe

40- A comida tinha algum tipo de carne ? 1 () sim 2 () não

41- A comida tinha feijão em caldo ou grão? 1 () sim 2 () não

42- A comida tinha legumes e/ou verduras? 1 () sim 2 () não

43- Tomou suco de fruta natural? 1 () sim 2 () não

44- Tomou suco industrializado? 1 () sim 2 () não

45- Tomou refrigerante? 1 () sim 2 () não

46- Tomou café? 1 () sim 2 () não

47- Recebeu alimento adoçado com açúcar? 1 () sim 2 () não

48- Comeu bolacha ou salgadinho? 1 () sim 2 () não

49- Tomou ou comeu outros alimentos? 1 () sim 2 () não

50- Usou mamadeira ou chuquinha? 1 () sim 2 () não

51- Usou chupeta? 1 () sim 2 () não

